**TEILNEHMERLISTE Gruppe und Sportart: Ort:**

**Trainingstag: Trainingszeit: Name der Trainingsleitung:**

Den Trainingsteilnehmern sind die bestehenden Hygienekonzepte bekannt. Die verantwortliche Trainingsleitung bestätigt durch Unterschrift für jeden Trainingstag in der letzten Zeile die Einhaltung und die Prüfung aktuellen Regelungen (Teilnehmer\*innen die nicht geimpft oder genesen sind dürfen die Sportstätten nicht betreten!)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Trainingstage mit erforderlichem zusätzlichen Testnachweis (bitte mit „T“ kennzeichnen)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trainingsteilnehmer\*in:** | **Geburtstag** | **Gesundheitsstatus** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | O geimpft seitO Auffrischung amO genesen bis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kürzel/Unterschrift (Richtigkeit der Angaben / Einhaltung der Vorgaben)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |